

Widerspruch

gegen die elektronische Patientenakte

Adresse Ihrer Krankenkasse

Versicherte Person -allgemeine Angaben

Vorname :

Nachname :

Adresse :

Name der Krankenkasse :

Versichertennummer :

Erklärung zur Einrichtung der ePA für alle

Hiermit widerspreche ich der Anlage der elektronischen Patientenakte (ePA) für meine Person.

Hiermit widerspreche ich der Bereitstellung der elektronischen Abrechnungsdaten (eAD) durch meine Krankenkasse in meine ePA.

Hiermit widerspreche ich der Übermittlung meiner persönlichen Daten an das ForschungsDatenZentrum (FDZ).

Ort, Datum

Unterschrift